

**INFORMACIÓN DE PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Primero Segundo nombre Apellido

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer:

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: Casa: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Raza:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino Raza: (Especificar) \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado civil (Circule Uno): Casado(a)/ Soltero(a)/ Viudo(a)/ Divorciado(a)

Ocupación/Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero#: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre/ Numero de la Farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de Padre/ Tutor**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Primero Segundo nombre Apellido

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer:

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: Casa: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Información de la Aseguranza**

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_

*Por favor ponga sus iniciales: \_\_\_\_\_ si no tiene un seguro secundario.*

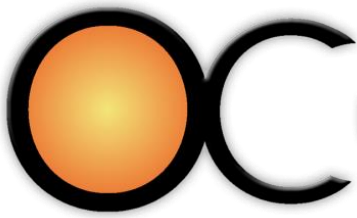
**Información de seguro secundario**

Nombre de la aseguranza/seguro: \_\_\_\_\_

Por lo presente autorizo al doctor por encima/ por los médicos para proveer ala compañía de seguros de asegurado todos la Información que dicho seguro puede solicitar en relación con mi presente reclamación, incluyendo las notas del grafico. Por la presente cedo al médico todo el dinero a los que tengo derecho por gastos relativos a los servicios realizados de vez en cuando, pero no superior a mis debes con dicho medico. Se entiende que todo el dinero recibido de la compañía de seguros nombrada arriba por encima de mi deuda de devolverá a mi cuando mi fractura es pagada en su totalidad. Entiendo que soy financieramente responsable a dicho medico para los cargos no cubiertos por esta asignación. Si el tratamiento se proporciona a un consentimiento de menores está autorizado por el tutor legal.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA



Salud Medica Formulario de Historia

Motivo de la visita:

Lista de problemas médicos que le han diagnosticado:

Cirugías/Hospitalizaciones:

Es alérgico(a) a algún medicamento? Si No

A cuáles?

Medicamentos recientes:(incluyendo dosis):

Historial de Tabaco: Ninguno cuando se retiró? cigarros/paquetes por día anos fumando?

Historial de Alcol: Ninguno promedio por día por semana por mes por ano

Drogas recreativas: Ejercicio: Tipo Frecuencia

Historia Familiar:

Table with 4 columns: Name, Edad, Edad a la Muerte, Problemas Médicos /Causa de la muerte. Rows for Padre and Madre.

OTROS PROBLEMAS: cuando revise la siguiente lista, por favor marque los que aplican a usted

- Grid of 16 medical conditions with checkboxes: Disminución de la audición, Dolor de pecho, Zumbido en los oídos, Pulso irregular, Palpitaciones, Hinchazón de los tobillos, Pérdida de cabello, Dolor de piernas al caminar, Cambios en un lunar, Temblores, Frio/pie entumecido, Dolor de cabeza, Varices, Pérdida de apetito, Erupciones, Doble/visión borrosa, Dificultad para tragar, Dolor en los ojos, Acidez, Cambios de peso, Dolor en un pie, Gota, Dolor Testicular, Urticaria, Divertículos, Sinus problemas, Vomito Persistente, Entumecimiento/hormigueo, Hernia, Artritis, Dolor de espalda, dificultad para respirar, Piedras en el riñón, Dolor/ardor al orinar, Bronquitis, Sangre en la orina, Falta de aire, Hepatitis, Diarrea, fuga vaginal, Estreñimiento, Incontinencia, Problemas para dormir, Disminución de la fuerza/flujo, Hemorroides, Ronquera, fiebre de neno/ alergias, dolor de garganta

MASCULINO:

- Dolor testicular, Dolor en el pene/ descarga

FEMENINO:

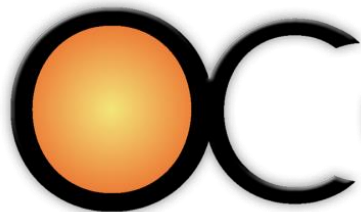
- ciclos menstruales irregulares, Dolor/sangrado durante/después del sex, Menopausia

Fecha del último Papanicolaou Normal Anormal

Si marquee algo de la casilla de arriba, por favor explique:

Imprima el nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Firma del proveedor: Fecha:



**Aviso legal responsable del paciente**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que para poder cubrir esta visita al consultorio, mi compañía de seguro médico puede que necesite una referencia de mi médico de cabecera. También entiendo que si OC URGENT CARE no recibe la autorización para una referencia de mi médico de cabecera, o en el caso de que mi póliza de seguro no cubra mi visita voy a ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos, incluyendo laboratorios, rayo x y otros servicios prestados.

Entiendo que abra un cargo por cualquier cheque devuelto.

**Laboratorio:** Estamos contractados con **Quest/LabCorp/BioPath/CMB/Primex** usted recibirá una declaración por separado de ellos por cualquier prueba de laboratorio que se realice en nuestra clínica.

\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente o padre/guardián (tutor)

**Reconocimiento de las prácticas de privacidad**

Se me ha dado la oportunidad de leer y entender las políticas de OC URGENT CARE de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente o padre/guardián (tutor)

**Reconocimiento de las políticas de prescripción**

Se me ha dado la oportunidad de leer y entender la Políticas de relleno de OC URGENT CARE.

\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente o padre/guardián (tutor)

\_\_\_\_\_  
**Firma del responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

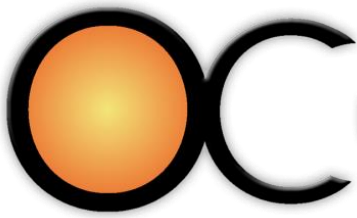
**Nuestras políticas para reabastecimientos de recetas**

1. Tratar directamente con su farmacia para todos las renovaciones de medicamentos narcóticos se enviara por fax una solicitud a nuestros proveedores que van a firmar y enviar por fax de nuevo. (Son 72 horas de respuesta para recambios)
2. Todos los medicamentos narcóticos para el alivio de dolor, pastillas para dormir, medicamentos contra la ansiedad y del estado de ánimo medicamentos elevadoras están regulados por la ley estatal. (Se tiene que hacer una cita en los horarios regulares de la oficina para rellenar la receta)/deben ser rellenos con cita durante horas de oficina regulares.
3. No somos responsables por la perdida, robo o uso indebido del repuesto el medicamento.

He leído y entiendo las políticas de recarga de prescripción previstos de OC URGENT CARE. Estuve de acuerdo en cumplir con estas políticas y si tengo preguntas o dudas en cualquier momento puedo pedir una aclaración.

\_\_\_\_\_  
**Firma del responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



URGENT CARE

### **AVISO DE PRACTICAS DE INFORMACIÓN**

Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser utilizada, publicada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor de leer cuidadosamente.

Cada vez que usted visita un hospital, un médico, o proveedor de atención médica, un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene los síntomas de usted, explicaciones, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, y un plan para el cuidado futuro. También conocido como su historia de su clínica y sirve como un:

- Bases de la planificación entre los profesionales de su cuidado y tratamiento
- Los médicos de comunicación entre los profesionales de la salud que participan en su cuidado.
- Documento legal que describe la atención que recibió
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación.
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar

Entender lo que está en su expediente y como su información de salud es utilizada ayuda a asegurar su exactitud, tomar decisiones informadas al autorizada la divulgación a otros, y entender mejor quien, que cuando dónde y por qué otros pueden tener acceso a información de salud.

#### **La comprensión de sus derechos ala información de salud**

Aunque su expediente médico es propiedad física del profesional de la salud, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Solicitar una restricción de ciertos usos y divulgación de su información.
- Obtener una copia del aviso prácticas de información previa solicitud.
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico.
- Solicitud de modificación de su expediente médico.
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Revocar su autorización para usar o divulgar su información de salud, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada.

#### **Nuestras responsabilidades**

Tenemos la obligación de:

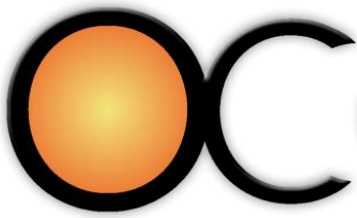
- Mantener la privacidad de su información médica.
- El consumidor recibe un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción sobre la revelación o solicitud de modificación a su registro.
- Acomodar peticiones razonables que usted pueda tener para comunicar información medica por medios alternativos o ubicaciones.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer los cambios efectivos, para toda la información médica protegida que mantenemos. Un aviso de prácticas de información actuales publicaron en nuestra oficina.

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con nuestro administrador de la clínica en 26781 Portola Pkwy, Ste. 4E, Foothill Ranch, CA 92610. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con el administrador de la clínica o con el secretario de salud y servicios humanos. Entamaremos represalias por haber presentado una queja.

#### **Ejemplos de divulgación para operaciones de tratamiento, pago y atención medica**

Vamos a utilizar y divulgar su información de salud para recibir tratamiento podemos revelar información médica acerca de usted a otros proveedores: especialistas, hospitales, casa de salud, en el hogar de ancianos, agencias. Etc. (si usted es referido a un especialista para el tratamiento de un hueso roto, el especialista debería saber que su diabetes, ya que la diabetes puede retrasar el proceso de curación.)



Vamos a utilizar o divulgar su información de salud para el pago (la facture puede ser enviada a usted/a pagador de tercer persona con información que puede identificarlo, su diagnostica, procedimientos y suministros. Junto con toda la información adicional que justificara la atención prestada y que la atención para los que se haya prestado la reclamación ha sido efectivamente entregado además, podemos divulgar su información de salud en la medical necesaria para cumplir con la indemnización de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley. También vamos a honrar las peticiones del abogado de los registros que usted hay a autorizado por la firma.

Nosotros usaremos su información de salud para operaciones regulares de salud. (Los miembros de nuestro equipo de mejoramiento de calidad puede usar la información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados si su caso y otros similares) La información se utiliza entonces para mejorar continuamente la calidad y efectivamente de la asistencia y los servicios que ofrecemos.

**Asociados de negocios:** Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contraltos con socias de negocio como un servicio de transcripción. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar información médica a nuestros socios para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que haga sin embargo, para proteger su información de salud que requieren que el socio de negocios para guardar apropiadamente su información.

**Notificación:** Podemos usar o revelar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familiar representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación y condición general.

**Comunicación Familiar:** Después de un juicio cuidadoso, podemos revelar a un miembro de la familia u otra persona que usted designe información de salud relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

**Los directores de funeral y organizaciones de adquisición de órganos:** Podemos revelar información médica a directores de funerarias, de acuerdo con la legislación aplicable. Podemos divulgar información de salud a organizaciones de adquisición de organos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos para fines donación y trasplanté de tejidos.

**Administración de comida y drogas (FDA):** Podemos revelar ala FDA salud relacionada a eventos adversos con respeto a alimentos, suplementos, productos, o la información de fama covigilancia post-comercialización de productos no recuerda, reparaciones o reemplazo de información.

**La salud pública:** Como lo requiere la ley, podemos divulgar información de salud a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Cumplimiento de la ley y la institución correccional:** Podemos revelar información médica para propósitos de aplicación de la ley, según lo requiere la ley. Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o sus agentes la información médica necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

La ley federal dispone que su información de salud sea revelada a una agencia de salud supervisión apropiada, autoridad de salud pública, a condición de que nosotros o nuestros socios de negocio crea de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o de otra han violado las normas profesionales o clínicas y son potencialmente en peligro a uno o más pacientes, trabadores, publicó.

**Fecha de vigencia: Julio 21, 2010**

---

**Firma del responsable**

---

**Fecha**